

Pacientes que abandonan voluntariamente el tratamiento antihipertensivo. Evolución de su riesgo cardiovascular en un año

Introducción. La inobservancia terapéutica es un obstáculo importante con el que nos encontramos los médicos de atención primaria para conseguir nues-

ficativo con el que se enfrenta hoy día el médico de familia en sus consultas para conseguir el objetivo deseado en sus pacientes. Este factor tiene una vital importancia, sobre todo en tratamientos crónicos como la hipertensión arterial, que si no se controla supone un incremento del riesgo de eventos cardiovasculares¹⁻³. Vamos a objetivar cómo afecta el abandono voluntario del tratamiento antihipertensivo al riesgo cardiovascular de los pacientes hipertensos.

Objetivos. Son dos: *a)* analizar cómo se modifica el riesgo cardiovascular (RCV) al año de abandonar voluntariamente el tratamiento antihipertensivo, y *b)* estudiar si hay diferencias en dicha modificación según el RCV previo al abandono sea alto, moderado o bajo.

Diseño. Estudio retrospectivo en pacientes hipertensos de nuestras consultas de atención primaria.

Emplazamiento. Centro de salud de la periferia de nuestra ciudad.

Participantes. Se seleccionaron aleatoriamente en 2 grupos: un grupo de 80 pacientes (46 varones y 34 mujeres) de 40-75 años, hipertensos esenciales, tratados con uno o 2 fármacos y que abandonan voluntariamente (por cualquier motivo) el tratamiento antihipertensivo durante un año. Se dividieron en 3 grupos según su RCV inicial fuese bajo, moderado o alto. Otro grupo de 80 pacientes (44 varones y 36 mujeres) que siguen correctamente el tratamiento antihipertensivo durante el año

Palabras clave: Abandono voluntario. Tratamiento. Hipertensión. Riesgo cardiovascular.

TABLA 1 Evolución del riesgo cardiovascular en hipertensos según el riesgo sea bajo, moderado o alto

	Riesgo inicial	Riesgo al año	Diferencia	p
Riesgo inicial bajo				
Abandono (n = 19)	6,8 ± 2,6%	9,3 ± 2,7%	+2,5	NS
No abandono (n = 20)	7,0 ± 2,5%	7,4 ± 2,9%	+0,4	NS
Riesgo inicial moderado				
Abandono (n = 51)	13,8 ± 2,8%	17,4 ± 2,8%	+3,6	NS
No abandono (n = 49)	13,2 ± 3,0%	14,4 ± 2,9%	+1,2	NS
Riesgo inicial alto				
Abandono (n = 10)	23,5 ± 2,5%	29,6 ± 2,6%	+6,1*	< 0,01

Abandono: abandonan el tratamiento antihipertensivo voluntariamente durante el último año.

No abandono: toman correctamente el tratamiento antihipertensivo durante el último año.

analizado. También se dividieron en 3 grupos de similares características.

Intervenciones y mediciones. Se calculó el RCV en 2 ocasiones a cada paciente: *a)* en el momento en que se realiza el estudio, y *b)* retrospectivamente un año antes (según datos de historia clínica y anamnesis). No se realizó un estudio prospectivo por motivos éticos, ya que si incitamos a los pacientes a abandonar el tratamiento, deja de ser voluntario.

Las mediciones realizadas consistieron en una encuesta sobre cumplimiento del tratamiento farmacológico durante el último año. Se calculó el riesgo cardiovascular según el método de Framingham. Se consideró riesgo bajo a la probabilidad menor del 10% de experimentar un evento cardiovascular en los próximos 10 años, moderado si éste es del 10-20%, y alto si es mayor del 20%.

Resultados. Se expresan en la tabla 1. En los grupos de riesgo cardiovascular bajo y moderado, las diferencias entre el riesgo inicial y al año no son significativas. En el grupo de RCV bajo, en los que abandonan el tratamiento el riesgo inicial fue del 6,8 ± 2,6% y al año fue del 9,3 ± 2,7% (diferencia final-inicial de +2,5%); en los que no abandonan fue de un 7,0 ± 2,5% inicial y al año del 7,4 ± 2,9% (diferencia final-inicial de +0,4%). En estos grupos no hay diferencias significativas entre los que abandonan el tratamiento y los que no lo abandonan. En el grupo de RCV alto, en los que abandonan el tratamiento el riesgo inicial fue del 23,5 ± 2,5% y al año fue del 29,6 ± 2,6% (p < 0,01) (diferencia final-inicial de

+6,1%); en los que no abandonan fue de un 23,2 ± 2,8% inicial y al año del 22,9 ± 2,7% (diferencia final-inicial de -0,3%). Hay significación estadística entre la diferencia final-inicial, según abandonen (+6,1%) o no (-0,3%) el tratamiento (p < 0,05).

damental e inicial al plantearnos la mejora de la observancia es conseguir que el profesional sanitario y el pro-

prio paciente se sensibilicen de su verdadera importancia en la génesis del control de la hipertensión arterial el riesgo cardiovascular⁴⁻⁶. En esta investigación queda reflejado que el abandono voluntario del tratamiento antihipertensivo por nuestros pacientes supone un incremento de su RCV, que se hace significativo cuando el RCV previo es alto, probablemente porque en estos casos el tratamiento ejerce un efecto numérico mayor en la reducción del riesgo. Los pacientes con mala observancia terapéutica precisan un seguimiento especial por parte de los profesionales sanitarios.

**Mariano Leal Hernández,
José Abellán Alemán,
Purificación Gómez Jara
y Remedios López López**

Cátedra de Riesgo Cardiovascular.
Universidad Católica de Murcia (UCAM).
Murcia. España.

1. Merino J, Gil VF, Belda J. Métodos de conocimiento y medidas de la observancia. La observancia en el tratamiento de la HTA. Barcelona: Ediciones Doyma S.A.; 1993. p. 7-29.
2. Gil VF, Merino J. Cumplimiento terapéutico. En: Tratado de Epidemiología Clínica. 1995;II:253-74.
3. Rudd P, Houston N, Kaufman J, Kraemer HC, Bandura A, Greenwald G. Nurse management for hypertension: a systems approach. Am J Hypertens. 2004;17:921-7.
4. Galperin J. Cómo entender la adherencia al tratamiento. Medfam. 1994;4:213-6.
5. Wetzels GE, Nelemans P, Schouten JS, Prins MH. Facts and fiction of poor

compliance as a cause of inadequate blood pressure control: a systematic review. *J Hypertens*. 2004;22:1849-55.

6. Ross S, Walker A, MacLeod MJ. Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *J Hum Hypertens*. 2004;18:607-13.

Síndrome de Parsonage-Turner

Introducción. El síndrome de Parsonage-Turner es una neuritis del plexo braquial, principalmente de las ramas superiores¹⁻⁴. Presenta una incidencia de 1,5 casos/100.000 habitantes, con predominio en el sexo masculino (2:1).

La etiología es desconocida pero en algunos casos se ha descrito en relación con infecciones víricas o bacterianas, procesos inflamatorios o intervenciones quirúrgicas, y suele tener una evolución favorable.

Es una enfermedad poco frecuente, pero hay que tenerla presente como diagnóstico diferencial ante la presencia de dolor en las extremidades superiores de características no mecánicas o con pérdida de fuerza muscular y sensibilidad cutánea.

A continuación presentamos el caso de un varón de 71 años de edad afectado del síndrome de Parsonage-Turner después de la infección por herpes zoster.

Caso clínico. Varón de 71 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas, ex fumador de 20 cigarrillos/día desde hace 15 años, sin otros hábitos tóxicos.

Antecedentes patológicos. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia e hipertensión arterial con hipertrofia ventricular izquierda.

Tratamiento habitual. Ibesartán 300 mg/día, atorvastatina 20 mg/día, bisoprolol 5 mg/día, amlodipino 5 mg/día, metformina 850 mg/8 h, salmeterol/fluticasona 50/500 1 puf/12 h y bromuro de ipratropio 3 puf/8 h.

Palabras clave: Plexo braquial. Síndrome Parsonage-Turner. Herpes zoster.

Consulta por presentar lesiones vesiculosas desde la cara anterior del hombro izquierdo hasta el bíceps humeral compatibles con herpes zoster. Se inicia tratamiento con famciclovir 750 mg/día durante 7 días con buena respuesta clínica.

A las 4 semanas vuelve a consultar por dolor en el hombro izquierdo e impotencia funcional, sin antecedente traumático. El dolor era lancinante con disestesias y parestesias, en el territorio de C4.

En la exploración se objetiva impotencia funcional en todos los planos de movimientos con un balance articular de 3/5 en la extremidad superior izquierda.

Ante la sospecha de 2 complicaciones posibles del herpes zoster: neuralgia postherpética y parálisis motora segmentaria, se solicitó radiografía, ecografía y electromiografía de la extremidad superior izquierda. La radiografía y la ecografía no mostraron alteraciones significativas. La electromiografía fue informada como indicativa de neuralgia amiotrófica del hombro izquierdo. Se inició tratamiento con gabapentina, dosis iniciales de 300 mg/día, que se incrementaron progresivamente hasta obtener el control del dolor con una dosis de 800 mg/día, repartido en 2 tomas; el paciente siguió un programa especial de rehabilitación con recuperación de la movilidad al cabo de unos 4 meses.

Discusión y conclusiones. El síndrome de Parsonage-Turner o neuralgia amiotrófica del hombro es una plexopatía braquial inflamatoria inespecífica.

La etiología y la patogenia son desconocidas, aunque una respuesta inmunológica anormal desempeña un papel importante. De hecho, una reacción inflamatoria intensa, una vacunación, una infección viral o bacteriana o un proceso autoinmunitario o neoplásico aparecen en muchos de estos pacientes, como en nuestro caso, en el que la parálisis se produjo después de la infección por el virus del herpes zoster.

Clínicamente cursa con dolor intenso localizado en el hombro y la región proximal de la extremidad superior, con predominio nocturno, seguido de amiotrofia y pérdida de fuerza, en particular por la elevación y abducción del hombro. Generalmente revierte en pocas semanas, aunque a veces pueden pasar meses o años hasta la recuperación total.

El diagnóstico es clínico y electromiográfico. La radiografía simple del hombro generalmente es normal, a veces muestra subluxación inferior de la cabeza humeral, por afectación del músculo deltoides y el manguito de los rotadores. La electromiografía revela denervación aguda, es decir, afectación axonal. De manera reciente, la resonancia magnética proporciona una imagen altamente indicativa, de gran utilidad para su diagnóstico, tanto por la imagen característica que detecta como porque ayuda a descartar otras causas posibles de parálisis. La RM muestra una señal hiperintensa que puede afectar a los músculos supraespinoso o subescapular, compatible con un edema neurogénico, que caracteriza a este síndrome.

El diagnóstico diferencial se ha de realizar con enfermedades que afectan la musculatura del hombro y causan dolor, como rotura del manguito de los rotadores, hernias discales, espondilosis cervical, tumores medulares, hemorragias del plexo braquial y esclerosis lateral amiotrófica.

El tratamiento está enfocado a disminuir los síntomas, con analgésicos y a veces corticoides, inmovilización y rehabilitación.

Tiene un buen pronóstico a largo plazo, aunque el tiempo que se necesita para su resolución completa es variable.

Elena Fernández Valdivieso^a,
Susana Montesinos Sanz^b
y Carlos Díez Lázaro^c

^aMedicina de Familia. ABS-2 Santa Coloma de Gramenet. Barcelona. España. ^bMedicina de Familia de ABS-5. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona. España. ^cEnfermería. ABS Premià de Mar. Barcelona. España.

1. Martínez Rodríguez ME, Peña Arrebola A. Radiculopatía por herpes zoster. *Rehabilitación*. 2006;40:104-6.
2. Vallejo Maroto I, Montes Latorre E, Giraldez Gallego A, Jiménez Macías F, Herrera Justiniano J. [Amyotrophic neuralgia (Parsonage-Turner syndrome) with bilateral presentation in a patient operated on account of surgical abdomen.] *Rev Clin Esp*. 2003;203:310.
3. Miller J, Pruitt S, McDonald T. Acute brachial plexus neuritis: an uncommon cause of shoulder pain. *Am Fam Physician*. 2000;62:2067-72.
4. Harrison. *Principios de Medicina Interna*. 14.^a ed. Madrid: McGraw-Hill; 1998.